

松本病院 問診票(発熱外来用)

令和 年 月 日 お名前 _____

時間(_____ : _____) 携帯(_____)

- 1 本日はどうされましたか？症状をお教えてください。
- 2 のどの痛み(有 無) 味覚異常(有 無) 臭覚異常(有 無)
動作時息切れ(有 無) 呼吸苦(有 無) せき(有 無)
- 3 今まで大きな病気にかかったことはありますか？(有 無)
- 4 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか(喘息症状も含む)？(有 無)
- 5 本日まで同じ症状にて他病院を受診されましたか？(有 無)
- 6 海外に渡航、または渡航歴のある方と接触されましたか？(有 無)
- 7 発熱の経過と現在の症状について、出来る限り詳しく時系列で経過を教えてください。

8 現在服用中のお薬などはありますか？(有 無)

9 嗜好品についてお尋ねします。

・タバコは吸われますか？ 吸わない 吸う 本/日 × 年

10 女性の方へ

・現在妊娠の可能性はありますか？ 有る 無い

11 ご職業、職場についてお伺い致します。

12 同居者の有無についてお伺い致します。 無 有 () 人

<続柄:

>

BP= / SP02= % KT= °C P=